

NÚMERO DO SETOR	1 NÚMERO DE ORDEM	2 NÚMERO DE CONTROLE	3 NÚMERO DE SÉRIE	4 TOTAL DE QUESTIONÁRIOS	5 NÚMERO DO QUESTIONÁRIO
	REG:329 Exe:1 (Arq:A1 Gav:G2 Pasta:) Questionário suplementar acesso a serviços de suplementação alimentar; associativismo anticoncepção PNAD 1 02				

6 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 2	7 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 3	8 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 4	9 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 5	10 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 6	11 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 7	12 TOTAL DE PESSOAS NA PARTE 8	13 EXISTE PARTE 9? 1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não TOTAL DE PESSOAS	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS NAS PARTES 2 E 3 POR PESSOA									
								14 PESSOA 01	15 PESSOA 02	16 PESSOA 03	17 PESSOA 04	18 PESSOA 05	19 PESSOA 06	20 PESSOA 07	21 PESSOA 08	22 PESSOA 09	23 PESSOA 10

2

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE — PARA TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	1 Qual é a sua cor? 2 - Branca 4 - Preta 6 - Parda 8 - Amarela (siga 2)	2 Procurou algum estabelecimento de saúde no período de ___/___ a ___/___? 2 - Sim (passe ao 5) 4 - Não (siga 3)	3 Teve algum problema de saúde no período de ___/___ a ___/___? 1 - Sim (siga 4) 3 - Não (encerre a parte)	4 Por que não procurou estabelecimento de saúde neste período? 1 - Dificuldade de transporte para o local de atendimento 2 - Local de atendimento distante de casa 3 - Horário de atendimento incompatível com trabalho ou escola 4 - Tinha que esperar muito para ser atendido 5 - Não houve necessidade 6 - Achou que não tinha direito 7 - Não tinha dinheiro para o atendimento 8 - Não tinha dinheiro para o deslocamento 0 - Outros (encerre a parte)	5 Que tipo de estabelecimento procurou? 1 - Posto de saúde ou centro de saúde 2 - Hospital 3 - Clínica policlínica ou consultório 4 - Ambulatório de empresa ou sindicato 5 - Laboratório 6 - Outros 7 - Não sabe (siga 6)	6 Que tipo de atendimento procurou? 1 - Consulta 2 - Exames (raio X sangue etc) 3 - Vacinas 4 - Internação 5 - Outros (siga 7)	7 Que motivo o levou a procurar atendimento? 1 - Doença 2 - Acidente ou lesão 3 - Problema odontológico 4 - Controle ou prevenção 5 - Obtenção de carteira de saúde ou atestado 6 - Tratamento de reabilitação 7 - Outros (siga 8)
--------------------------	---	--	--	---	---	--	--

3

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE — PARA TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO (continuação da Parte 2)

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	8 Procurou o estabelecimento na condição de vinculado à Previdência Social (segurado beneficiário dependente)? 2 - Sim 4 - Não (siga 9)	9 O atendimento tinha sido marcado antecipadamente? 1 - Sim 3 - Não (siga 10)	10 Foi atendido? 2 - Sim (se código 1 no quesito 9 passe ao 12. Caso contrário passe ao 13) 4 - Não (siga 11)	11 Conseguiu marcar no va data para o atendimento? 1 - Sim 3 - Não (encerre a parte)	12 Quanto tempo esperou entre a marcação e o dia em que foi atendido? (siga 13)	13 O atendimento foi gratuito? 2 - Sim 4 - Não (siga 14)	14 Quanto tempo aguardou o atendimento em sala de espera? (siga 15)	15 Foram receitados remédios? 1 - Sim (siga 16) 3 - Não (encerre a parte)	16 Recebeu todos ou parte dos remédios gratuitamente? 2 - Todos 4 - Parte 6 - Nenhum
					Meses Semanas Dias		Horas Minutos		

9 PARA A MULHER DE 15 A 54 ANOS DE IDADE

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01

PARA USO DO ÓRGÃO CENTRAL

TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS

CONTROLE DA ENTREVISTA

NOME DA MULHER

1 Esteve grávida alguma vez? Quantas?

- 1 Sim siga 2
3 Não - passe ao 7

2 Teve filho nascido vivo? Quantos?

- 2 Sim siga 3
4 Não - passe ao 5
Masc Fem

3 Dos filhos que teve quantos estão vivos?

Masc Fem
(siga 4)

4 Qual a data de nascimento do último filho nascido vivo?

Dia Mês Ano
(siga 5)

5 Teve filho nascido morto com 7 meses ou mais de gestação? Quantos?

- 1 Sim siga 6
3 Não - passe ao 7
Masc Fem Não sabe

6 Algum chegou a mostrar sinal de vida? Quantos?

- 2 Sim
4 Não
Masc Fem Não sabe
(siga 7)

7 Atualmente está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

- 1 Sim - siga 8
3 Não porque está grávida - encerre a entrevista
5 Não por outros motivos - passe ao 14

8 O que está utilizando ou fazendo atualmente para evitar filhos?

- 01 Pílula } siga 9
02 Diu
03 Diafragma
04 Espermicida
05 Preservativo
06 Interrupção do ato
07 Abstinência
08 Tabela }
09 Billings ou muco vaginal }
10 Outros (especifique) }
passe ao 10

9 Onde compra ou consegue o anticoncepcional?

- 1 Farmácia
2 Posto ou clínica de planejamento familiar
3 Hospital clínica ou consultório particular
4 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 Posto da LBA
7 Outros (especifique) _____
(siga 10)

10 Quando começou a utilizar este método onde obteve a recomendação?

- 1 Farmácia
2 Posto ou clínica de planejamento familiar
3 Hospital clínica ou consultório particular
4 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 Posto da LBA
7 Outros (especifique) _____
8 Não obteve recomendação
(siga 11)

11 Por que escolheu este método?

- 01 Não conhece outros - passe ao 14
02 Período de descanso de outro método - siga 12
03 Problemas de saúde
04 Questão religiosa
05 Indicação médica
06 Medo dos efeitos colaterais dos outros métodos que conhece }
07 Está amamentando }
08 Mais fácil }
09 Mais seguro }
10 Outros (especifique) _____ }
passe ao 13

12 De qual método está no período de descanso?

- 2 Pílula
4 Diu
6 Outros (especifique) _____
(siga 13)

13 Atualmente faz uso simultâneo do método que está utilizando com algum outro?

- 1 Diafragma
2 Espermicida
3 Preservativo
4 Tabela
5 Billings ou muco vaginal
6 Interrupção do ato
7 Outros (especifique) _____
8 Não
(siga 14)

14 Com que frequência costuma fazer visita de acompanhamento médico ginecológico?

- 1 Mais de uma vez por ano
3 Uma vez por ano
5 Só quando tem problemas
7 Não faz
(se código 1 no quesito 7, encerre a entrevista. Caso contrário, siga 15)

15 Por que não está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?

- 01 Fez cirurgia de esterilização }
02 Tirou o útero trompas e/ou ovário }
03 O companheiro fez cirurgia de esterilização }
04 Quer engravidar }
05 Está amamentando ou pós-parto }
06 Está na menopausa }
07 Não tem companheiro }
08 Não precisa porque não consegue engravidar }
09 Não conhece nenhum método }
10 Outros (especifique) _____ }
siga 16
encerre a entrevista

16 Em que ano fez a esterilização?

- Ano
(se no quesito 15 assinalou código 01 siga 17 Se no quesito 15 assinalou código 02 encerre a entrevista)

17 Por que fez a esterilização?

- 1 Já fez muitas cesáreas
2 Problemas de saúde
3 Questão financeira
4 Questão de idade
5 Já tem o número de filhos que deseja
6 Outros (especifique) _____
(siga 18)

18 A esterilização foi gratuita?

- 1 Sim
3 Não
(siga 19)

19 Onde foi realizada a esterilização?

- 1 Posto ou clínica de planejamento familiar
2 Hospital clínica ou consultório particular
3 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
4 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
5 Hospital particular filantrópico
6 Não sabe
7 Outros (especifique) _____
(siga 20)

20 A esterilização foi realizada no último parto?

- 2 Sim
4 Não

OBSERVAÇÕES

CÓDIGOS PARA CONTROLE DA ENTREVISTA

- 01 - Mulher sozinha
02 - Crianças com menos de 10 anos
04 - Marido
08 - Outros homens
16 - Outras mulheres

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS
<p>① Tem filho com menos de 1 ano de idade?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3</p>	<p>⑦ Vinculado à distribuição dos alimentos, recebe alguma orientação ou serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>(encerre a parte)</p>	<p>① Tem filho com menos de 1 ano de idade?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3</p>	<p>⑦ Vinculado à distribuição dos alimentos, recebe alguma orientação ou serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>(encerre a parte)</p>
<p>② Por quantos meses amamentou este filho?</p> <p>MESES (siga 3)</p>	<p>⑧ Conhece algum programa de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 9</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>② - Por quantos meses amamentou este filho?</p> <p>MESES (siga 3)</p>	<p>⑧ Conhece algum programa de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 9</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>
<p>③ Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 8</p>	<p>⑨ Que programa(s) conhece?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não sabe o nome do(s) programa(s)</p> <p>SOMA DOS CÓDIGOS (siga 10)</p>	<p>③ Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 8</p>	<p>⑨ Que programa(s) conhece?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não sabe o nome do(s) programa(s)</p> <p>SOMA DOS CÓDIGOS (siga 10)</p>
<p>④ Em que condição estava inscrita?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Gestante</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Nutriz</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Outra - encerre a parte</p> <p>sigas 5</p>	<p>⑩ Por que não se inscreve em programa(s) de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não é gestante nem nutriz</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Já tentou mas não conseguiu</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Acha que não tem direito</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não há necessidade</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não satisfaz as condições para a inscrição</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não gosta dos alimentos</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p>④ Em que condição estava inscrita?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Gestante</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Nutriz</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Outra - encerre a parte</p> <p>sigas 5</p>	<p>⑩ Por que não se inscreve em programa(s) de distribuição gratuita de alimentos para gestantes e nutrizes?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não é gestante nem nutriz</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Já tentou mas não conseguiu</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Acha que não tem direito</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não há necessidade</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não satisfaz as condições para a inscrição</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não gosta dos alimentos</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>⑤ Em que programa(s) estava inscrita?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>SOMA DOS CÓDIGOS (siga 6)</p>	<p>⑥ Recebeu os alimentos em setembro?</p> <p>PSA PCA Outros</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Não 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 5 assinalou código 1 siga 7 Caso contrário encerre a parte)</p>	<p>⑤ Em que programa(s) estava inscrita?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Programa de Suplementação Alimentar (PSA/INAN)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Programa de Complementação Alimentar (PCA/LBA)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>SOMA DOS CÓDIGOS (siga 6)</p>	<p>⑥ Recebeu os alimentos em setembro?</p> <p>PSA PCA Outros</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Não 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 5 assinalou código 1 siga 7 Caso contrário encerre a parte)</p>

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS
<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>③ De que forma é fornecido o benefício?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ticket cupom ou vale-refeição</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Refeições em local mantido pelo empregador</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Em dinheiro incluído no pagamento</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>③ De que forma é fornecido o benefício?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ticket cupom ou vale-refeição</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Refeições em local mantido pelo empregador</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Em dinheiro incluído no pagamento</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>② O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim e utilizou o benefício</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sim, mas não utilizou o benefício</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p> <p>sigas 3</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>② O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim e utilizou o benefício</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sim, mas não utilizou o benefício</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p> <p>sigas 3</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>
<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>③ De que forma é fornecido o benefício?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ticket cupom ou vale-refeição</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Refeições em local mantido pelo empregador</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Em dinheiro incluído no pagamento</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Outros</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>③ De que forma é fornecido o benefício?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ticket cupom ou vale-refeição</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Refeições em local mantido pelo empregador</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Em domicílio onde presta serviços domésticos remunerados</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Refeições no SESI/SENAI ou SESC/SENAC</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Em dinheiro incluído no pagamento</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>② O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim e utilizou o benefício</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sim, mas não utilizou o benefício</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p> <p>sigas 3</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>	<p>② O trabalho que exercia ofereceu-lhe auxílio-alimentação na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim e utilizou o benefício</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sim, mas não utilizou o benefício</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p> <p>sigas 3</p>	<p>① O trabalho que exercia ofereceu-lhe refeições gratuitas na semana de 28/09 a 04/10?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim e fez as refeições</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sim, mas não fez as refeições</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Não - siga 2</p> <p>passa ao 3</p>

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 <input type="text"/>		TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS <input type="text"/>		Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 <input type="text"/>		TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS <input type="text"/>	
1 É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe? 1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2 3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3		3 É associado a algum órgão comunitário? 2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4 4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte		1 É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe? 1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2 3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3		3 É associado a algum órgão comunitário? 2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4 4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte	
2 Qual é o sindicato ou órgão de classe? 01 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregados 03 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregadores 05 <input type="checkbox"/> Sindicato de profissionais liberais 07 <input type="checkbox"/> Sindicato de autônomos 09 <input type="checkbox"/> Associação de empregados 11 <input type="checkbox"/> Associação de empregadores 13 <input type="checkbox"/> Associação de profissionais liberais 15 <input type="checkbox"/> Associação de autônomos 17 <input type="checkbox"/> Associação de funcionários públicos 19 <input type="checkbox"/> Outros (siga 3)		4 Qual é o órgão comunitário? 1 <input type="checkbox"/> Associação de bairro ou de moradores 2 <input type="checkbox"/> Associação religiosa 3 <input type="checkbox"/> Associação esportiva 4 <input type="checkbox"/> Associação cultural 5 <input type="checkbox"/> Associação filantrópica 6 <input type="checkbox"/> Associação de pais e mestres 7 <input type="checkbox"/> Outros		2 Qual é o sindicato ou órgão de classe? 01 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregados 03 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregadores 05 <input type="checkbox"/> Sindicato de profissionais liberais 07 <input type="checkbox"/> Sindicato de autônomos 09 <input type="checkbox"/> Associação de empregados 11 <input type="checkbox"/> Associação de empregadores 13 <input type="checkbox"/> Associação de profissionais liberais 15 <input type="checkbox"/> Associação de autônomos 17 <input type="checkbox"/> Associação de funcionários públicos 19 <input type="checkbox"/> Outros (siga 3)		4 Qual é o órgão comunitário? 1 <input type="checkbox"/> Associação de bairro ou de moradores 2 <input type="checkbox"/> Associação religiosa 3 <input type="checkbox"/> Associação esportiva 4 <input type="checkbox"/> Associação cultural 5 <input type="checkbox"/> Associação filantrópica 6 <input type="checkbox"/> Associação de pais e mestres 7 <input type="checkbox"/> Outros	

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 <input type="text"/>		TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS <input type="text"/>		Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01 <input type="text"/>		TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS <input type="text"/>	
1 É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe? 1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2 3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3		3 É associado a algum órgão comunitário? 2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4 4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte		1 É sindicalizado ou associado a algum órgão de classe? 1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2 3 <input type="checkbox"/> Não - passe ao 3		3 É associado a algum órgão comunitário? 2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 4 4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte	
2 Qual é o sindicato ou órgão de classe? 01 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregados 03 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregadores 05 <input type="checkbox"/> Sindicato de profissionais liberais 07 <input type="checkbox"/> Sindicato de autônomos 09 <input type="checkbox"/> Associação de empregados 11 <input type="checkbox"/> Associação de empregadores 13 <input type="checkbox"/> Associação de profissionais liberais 15 <input type="checkbox"/> Associação de autônomos 17 <input type="checkbox"/> Associação de funcionários públicos 19 <input type="checkbox"/> Outros (siga 3)		4 Qual é o órgão comunitário? 1 <input type="checkbox"/> Associação de bairro ou de moradores 2 <input type="checkbox"/> Associação religiosa 3 <input type="checkbox"/> Associação esportiva 4 <input type="checkbox"/> Associação cultural 5 <input type="checkbox"/> Associação filantrópica 6 <input type="checkbox"/> Associação de pais e mestres 7 <input type="checkbox"/> Outros		2 Qual é o sindicato ou órgão de classe? 01 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregados 03 <input type="checkbox"/> Sindicato de empregadores 05 <input type="checkbox"/> Sindicato de profissionais liberais 07 <input type="checkbox"/> Sindicato de autônomos 09 <input type="checkbox"/> Associação de empregados 11 <input type="checkbox"/> Associação de empregadores 13 <input type="checkbox"/> Associação de profissionais liberais 15 <input type="checkbox"/> Associação de autônomos 17 <input type="checkbox"/> Associação de funcionários públicos 19 <input type="checkbox"/> Outros (siga 3)		4 Qual é o órgão comunitário? 1 <input type="checkbox"/> Associação de bairro ou de moradores 2 <input type="checkbox"/> Associação religiosa 3 <input type="checkbox"/> Associação esportiva 4 <input type="checkbox"/> Associação cultural 5 <input type="checkbox"/> Associação filantrópica 6 <input type="checkbox"/> Associação de pais e mestres 7 <input type="checkbox"/> Outros	

OBSERVAÇÕES

9 PARA A MULHER DE 15 A 54 ANOS DE IDADE

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01

PARA USO DO ÓRGÃO CENTRAL

TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS

CONTROLE DA ENTREVISTA

NOME DA MULHER

1 Esteve grávida alguma vez? Quantas?
1 Sim _____ siga 2
3 Não - passe ao 7

2 Teve filho nascido vivo? Quantos?
2 Sim _____ siga 3
4 Não - passe ao 5
Masc Fem

3 Dos filhos que teve quantos estão vivos?
Masc Fem
(siga 4)

4 Qual a data de nascimento do último filho nascido vivo?
Dia Mês Ano
(siga 5)

5 Teve filho nascido morto com 7 meses ou mais de gestação? Quantos?
1 Sim _____ siga 6
3 Não - passe ao 7
Masc Fem Não sabe

6 Algum chegou a mostrar sinal de vida? Quantos?
2 Sim _____
4 Não _____
Masc Fem Não sabe
(siga 7)

7 Atualmente está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?
1 Sim - siga 8
3 Não porque está grávida - encerre a entrevista
5 Não por outros motivos - passe ao 14

8 O que está utilizando ou fazendo atualmente para evitar filhos?
01 Pílula }
02 Diu }
03 Diafragma } siga 9
04 Espermicida }
05 Preservativo }
06 Interrupção do ato }
07 Abstinência }
08 Tabela }
09 Billings ou muco vaginal }
10 Outros (especifique) }
passe ao 10

9 Onde compra ou consegue o anticoncepcional?
1 Farmácia
2 Posto ou clínica de planejamento familiar
3 Hospital clínica ou consultório particular
4 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 Posto da LBA
7 Outros (especifique) _____
(siga 10)

10 Quando começou a utilizar este método onde obteve a recomendação?
1 Farmácia
2 Posto ou clínica de planejamento familiar
3 Hospital clínica ou consultório particular
4 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
5 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
6 Posto da LBA
7 Outros (especifique) _____
8 Não obteve recomendação
(siga 11)

11 Por que escolheu este método?
01 Não conhece outros - passe ao 14
02 Período de descanso de outro método - siga 12
03 Problemas de saúde
04 Questão religiosa
05 Indicação médica
06 Medo dos efeitos colaterais dos outros métodos que conhece }
07 Está amamentando }
08 Mais fácil }
09 Mais seguro }
10 Outros (especifique) _____ }
passe ao 13

12 De qual método está no período de descanso?
2 Pílula
4 Diu
6 Outros (especifique) _____
(siga 13)

13 Atualmente faz uso simultâneo do método que está utilizando com algum outro?
Sim {
1 Diafragma
2 Espermicida
3 Preservativo
4 Tabela
5 Billings ou muco vaginal
6 Interrupção do ato
7 Outros (especifique) _____
8 Não
(siga 14)

14 Com que frequência costuma fazer visita de acompanhamento médico ginecológico?
1 Mais de uma vez por ano
3 Uma vez por ano
5 Só quando tem problemas
7 Não faz
(se código 1 no quesito 7, encerre a entrevista. Caso contrário, siga 15)

15 Por que não está utilizando algum método ou fazendo alguma coisa para evitar filhos?
01 Fez cirurgia de esterilização }
02 Tirou o útero trompas e/ou ovário } siga 16
03 O companheiro fez cirurgia de esterilização }
04 Quer engravidar }
05 Está amamentando ou pós-parto }
06 Está na menopausa }
07 Não tem companheiro }
08 Não precisa porque não consegue engravidar }
09 Não conhece nenhum método }
10 Outros (especifique) _____ }
encerre a entrevista

16 Em que ano fez a esterilização?

Ano (se no quesito 15 assinalou código 01 siga 17 Se no quesito 15 assinalou código 02 encerre a entrevista)

17 Por que fez a esterilização?
1 Já fez muitas cesáreas
2 Problemas de saúde
3 Questão financeira
4 Questão de idade
5 Já tem o número de filhos que deseja
6 Outros (especifique) _____
(siga 18)

18 A esterilização foi gratuita?
1 Sim
3 Não
(siga 19)

19 Onde foi realizada a esterilização?
1 Posto ou clínica de planejamento familiar
2 Hospital clínica ou consultório particular
3 Unidade de saúde pública (exceto INAMPS)
4 Unidade de saúde do INAMPS ou conveniada
5 Hospital particular filantrópico
6 Não sabe
7 Outros (especifique) _____
(siga 20)

20 A esterilização foi realizada no último parto?
2 Sim
4 Não

OBSERVAÇÕES _____

CÓDIGOS PARA CONTROLE DA ENTREVISTA
01 - Mulher sozinha
02 - Crianças com menos de 10 anos
04 - Marido
08 - Outros homens
16 - Outras mulheres

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS
<p>1 Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 Em setembro, estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>
SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)	

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS
<p>1 Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário, encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>1 Em setembro estava inscrita em algum programa de distribuição gratuita de alimentos?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>3 Recebeu os alimentos ou cupom de leite no mês de setembro?</p> <p>PSA 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PCA 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>CUPOM DE LEITE 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>(se no quesito 2 assinalou código 1 siga 4 Caso contrário, encerre a parte)</p> <p>4 Vinculado à distribuição dos alimentos recebe algum serviço de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não</p>
SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 3)	

Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS	Nº DE ORDEM NO PNAD 1 01	TOTAL DE QUESITOS PREENCHIDOS
<p>1 A escola que frequenta oferece merenda grátis?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>4 De que rede é esta escola?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Pública</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Particular</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Particular filantrópica</p> <p>(siga 5)</p> <p>5 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as aulas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>(siga 6)</p> <p>6 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as férias?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não oferece</p>	<p>1 A escola que frequenta oferece merenda grátis?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>4 De que rede é esta escola?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Pública</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Particular</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Particular filantrópica</p> <p>(siga 5)</p> <p>5 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as aulas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>(siga 6)</p> <p>6 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as férias?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não oferece</p>	<p>1 A escola que frequenta oferece merenda grátis?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim - siga 2</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Não - encerre a parte</p>	<p>4 De que rede é esta escola?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Pública</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Particular</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Particular filantrópica</p> <p>(siga 5)</p> <p>5 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as aulas?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>(siga 6)</p> <p>6 Com que frequência a escola oferece a merenda durante as férias?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Nem todos os dias</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Não oferece</p>
SOMA DOS CÓDIGOS (siga 4)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 4)		SOMA DOS CÓDIGOS (siga 4)	